

FYYSISTEN JA KEMIALLISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ

TAMPEREEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSIKÖISSÄ

Teija Mukkala

Syventävien opintojen opinnäytetyö

Tampereen yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Geriatrinen tutkimusryhmä

12/2017

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Geriatrinen tutkimusryhmä

MUKKALA TEIJA: FYYSISTEN JA KEMIALLISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ TAMPEREEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSIKÖISSÄ

Kirjallinen työ, 23 s.

Ohjaajat: professori Jaakko Valvanne ja LT Lauri Seinelä

Joulukuu 2017

Avainsanat: rajoittaminen, pitkäaikaishoito, antipsykootti, itsemääräämisoikeus

Fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttö ikäihmisten hoitotyössä on yhä edelleen yleistä, vaikka niihin liittyvistä haitoista on yhä enemmän tutkimusnäyttöä. Rajoitteiden käytöstä Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköissä tiedetään hyvin vähän ja tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää rajoitteiden käytön yleisyyttä ja hoitajien asenteita niiden käyttöä kohtaan. Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeella helmikuussa 2016. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Tutkimuksessa selvisi, että fyysisten rajoitteiden käyttö on Tampereella vähäisempään kuin muualla Suomessa. Hoitohenkilökunta kokee rajoittamisen sopivaksi hoitotoimeksi silloin kun iäkäs on vaaraksi itselleen. Lisäksi rajoitteiden katsotaan lisäävän iäkkäiden turvallisuuden tunnetta. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö on yleistä ja yleisin käyttöindikaatio on muistisairauden käytösoireet. Tulevaisuudessa hoitajien näkökulma fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöön tulee huomioida, kun rajoitteiden käyttöä pyritään vähentämään.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	4
2 TUTKIMUSMETODI JA AINEISTO	10
3 TULOKSET	11
4 POHDINTA.....	14
5 LÄHTEET.....	21

1 JOHDANTO

Vanhusten pitkäaikaishoidossa fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttö on yhä edelleen yleistä, vaikka rajoitteiden hyötyjä on alettu kyseenalaistamaan ja niiden haitoista on yhä enemmän tutkimusnäyttöä. (1, 2) Lisäksi yhä enemmän on alettu kiinnittämään huomiota iäkkäiden ja muistisairaiden itsemääräämisoikeuteen ja arvokkaaseen ja hyvään vanhenemiseen.

Iäkkään henkilön hoidossa käytetylle fyysiselle rajoittamiselle ei ole olemassa yhtä yleispätevää määritelmää ja aihetta käsitelävissä tutkimuksissa onkin käytetty toisistaan hieman poikkeavia määritelmiä. Yhteistä näille on kuitenkin se, että tarkoituksena on rajoittaa iäkkään henkilön liikkumista. Suomalaisessa väitöskirjassa esitettiin fyysiselle rajoittamiselle uutta määritelmää. (3) Tämän mukaan fyysinen rajoittaminen on iäkkään henkilön liikkumisen suoraa tai epäsuoraa rajoittamista. Rajoittamisen aloitteentekijänä voi olla iäkäs ihminen itse, hoitaja tai omainen. Liikkumista voidaan rajoittaa käyttämällä suoria rajoittamismuotoja, kuten esimerkiksi magneettivyötä ja fyysistä voimaa tai epäsuoria rajoittamisen muotoja, kuten esimerkiksi soittokellon poisottamista. Fyysinen rajoittaminen voi ilmetä myös toimintana, jonka hoitaja jättää tekemättä eli esimerkiksi ei anna ulkoiluun sopivia vaatteita. Lopputuloksena on iäkkään ihmisen liikkumisen rajoittaminen ja täten myös iäkkään ihmisen liikkumattomuus. (3) Tässä tutkimuksessa on käytetty edellä olevaa määritelmää fyysiselle rajoittamiselle.

Suoriksi fyysisen rajoittamisen muodoiksi luetaan mekaaniset laitteet ja asiat, jotka ovat kiinni henkilössä tai ovat henkilön välittömässä läheisyydessä ja näin rajoittavat vapaata liikkumista. Lisäksi fyysinen voima on suoraa rajoittamista. Aikaisempien tutkimusten mukaan käytetyin suora rajoittamisen muoto on sängynlaitojen ylös nostaminen (4, 5) Muita yleisiä suoria rajoittamisen keinoja ovat magneettivyö (5), pöytälevy (5), turvaliivi (5) ja hoitajan käyttämä fyysinen voima (6, 7). Siitä

huolimatta, että ylös nostettuja sängynlaitoja pidetään fyysisenä rajoitteena, niitä ei useimmissa tutkimuksissa ole huomioitu rajoitteeksi. (8-10) Aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on haastateltu hoitotyössä olevia hoitajia, on käynyt ilmi, että moni ei koe ylös nostettuja sängynlaitoja rajoittimena. (11, 12). Tätä tukee myös suomalainen tutkimus, jossa selvisi, että sängynlaitojen ylös nostaminen on osa rutiininomaista toimintaa, jonka tarpeellisuutta ei useinkaan kyseenalaisteta. (13) Epäsuoraa rajoittamista on toiminta, jossa ei käytetä suoria rajoittamisen muotoja vaan omalla toiminnalla vaikutetaan niin, että liikkumista estetään tahallisesti tai tahattomasti. Tällaista toimintaa ovat esimerkiksi liikkumisen apuvälineen poisottaminen tai soittokelloon vastaamatta jättäminen. Lisäksi iäkäs voidaan pukea epäasiallisesti esimerkiksi ulkoilua ajatellen. (13)

Suomessa fyysisten rajoitteiden käyttö sekä sairaaloiden vuodeosastoilla että hoivakodeilla on yleistä. Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa haastateltiin 1520 hoitajaa 70 hoitolaitoksesta eri puolilta Suomea. Tutkimuksen mukaan 88 %:a hoitajista terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kunnallisissa sekä yksityisissä vanhainkodeissa käytti fyysisiä rajoitteita edeltävän viikon aikana. (5) Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa tarjoavissa yksiköissä fyysinen rajoite oli 52 %:lla asukkaista viimeisen 24 tunnin aikana käytössään (14). Kansainvälisessä tutkimuksessa selvitettiin fyysisten rajoitteiden käytön yleisyyttä RAI:n avulla edeltävän seitsemän päivän aikana Sveitsissä, Yhdysvalloissa, Hong Kongissa, Kanadassa ja Suomessa. Suomessa fyysisten rajoitteiden käyttö oli 28 %, mikä oli toiseksi eniten Kanadan jälkeen.(9)

Perinteisesti ajatellaan, että hoitajien tehtäviin kuuluu hoitamisen lisäksi potilaan suojeleminen. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajat käyttävätkin fyysisiä rajoitteita koska he pelkäävät henkilön olevan vaaraksi itselleen ja he kokevat rajoitteiden lisäävän henkilön turvallisuuden tunnetta (4, 8, 13) Yleisin syy fyysiselle rajoittamiselle onkin kaatumisten ehkäisy (4, 8, 10, 15). Kuitenkaan aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole kyetty osoittamaan, että fyysinen rajoittaminen vähentäisi

kaatumisia tai murtumia, päinvastoin (1). USA:ssa tehtiin tutkimus, jossa rajoitteiden käytöstä luovuttiin yhdessä pitkäaikaishoitopaikassa. Aukkaita seurattiin kahden vuoden ajan. Ensimmäisenä vuotena rajoitteiden käyttäminen oli sallittua ja toisena seurantavuotena niitä ei käytetty. Tutkimuksessa havaittiin, että kaatumisten määrällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa seurantavuosina. (16) Myöskään ylös nostettujen sängynlaitojen ei ole voitu osoittaa vähentävän sängystä putoamistapaturmia (17). Rajoitteiden käyttöön liittyy myös muita vaaratilanteita ja jopa raportoituja kuolemia. Näitä syntyy, kun esimerkiksi magneettivyöllä sänkyyn kiinnitetty iäkäs henkilö yrittää päästä sängystä pois ja jää tässä kuristuksiin rajoittimena olevaan vyöhön. (18)

Aiemmissa tutkimuksissa on selvitetty iäkkääseen liittyviä fyysiselle rajoittamiselle altistavia tekijöitä. Näiden mukaan henkilöt, joilla on heikentynyt päivittäisistä toiminnoista selviäminen (7, 10, 19), käytösoireita (7, 20), antipsykoottinen lääkitys (10), heikentynyt kognitio (10, 20) tai hankaluutta ylläpitää istuma-asentoa (8), ovat riskissä fyysiselle rajoittamiselle. Aikaisemmat kaatumiset ovat myös itsenäinen riskitekijä (19, 21). Tähän liittyen on havaittu, että jo hoitajan arvioima iäkkään ihmisen suurentunut kaatumisriski ennustaa fyysisten rajoitteiden käyttöä (4).

Suomessa vanhustenhuollossa fyysisten rajoitteiden käyttöä ei ole säädelty lailla toisin kuin kehitysvamma- ja mielenterveyspotilaiden kohdalla on. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin hoitajia ja hoitotyön esimiehiä ja näissä haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat ja esimiehet pitivät lain puuttumista fyysisten rajoitteiden käytölle altistavana tekijänä. (13) Samankaltaisia tuloksia on myös Australiasta, jossa haastateltiin 30 asukkaan pitkäaikaishoitolaitoksen hoitajia. Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajat olivat epävarmoja siitä mitä laki sanoo, jos rajoite poistetaan ja vanhus kaatuu sen jälkeen. Tämä aiheuttaa sen, että rajoitteita ei uskalleta olla käyttämättä ja niitä käytetään varmuuden vuoksi. (15)

Olettamuksena usein on, että isoissa hoitopaikoissa ja paikoissa, joissa on vähemmän henkilökuntaa, käytetään enemmän fyysisiä rajoitteita. Kuitenkin henkilökunnan määrän vaikutuksesta fyysisten rajoitteiden käyttöön sekä hoitopaikan koosta on olemassa ristiriitaisia tutkimustuloksia. Suomalaisessa vanhusten laitoshoidon koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että fyysisiä rajoitteita käytettiin vähemmän jos paikkamäärä oli alle 20 (5). Toisessa suomalaista pitkäaikaishoitoa koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että hoitopaikan koolla tai hoitajien määrällä ei ole merkitystä fyysisten rajoitteiden käyttöön. Sen sijaan selvisi, että vaativa työ yhdistettynä hoitajien vähäisiin mahdollisuuksiin vaikuttaa päätöksentekoon, lisää fyysisten rajoitteiden käyttöä. (22)

Omaisten roolista fyysisten rajoitteiden käytössä on vielä vähän tutkimustietoa. Kuitenkin on viitteitä siitä, että myös omaiset voivat olla aktiivisia rajoitteiden käytön suhteen. Suomalaisessa tutkimuksessa haastateltiin hoitajia ja selvisi, että omaiset voivat vaatia rajoitteiden käyttöä, koska he pelkäävät omaisensa turvallisuuden puolesta. Lisäksi omaiset itse voivat nostaa sängynlaidat ylös tai sitoa iäkkään pussilakanalla kiinni sänkyyn. (3, 13) Saksalaisessa tutkimuksessa haastateltiin 177 omaista, joiden läheinen asui vanhainkodissa. Haastatteluissa kysyttiin omaisten mielipidettä fyysisten rajoitteiden käytöstä ja valtaosa omaisista piti fyysistä rajoittamista sopivana hoitotoimenä. (23)

Fyysisten rajoitteiden käytöllä on monia negatiivisia vaikutuksia sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. Rajoitteiden käyttö köyhdyttää sosiaalista elämää ja lisää masentunutta mielialaa (2). Lisäksi niiden käytön on todettu alentavan kognitiivista suorituskkyä ja lisäävän avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa (2, 19). Lisäksi rajoitteiden käyttö altistaa painehaavoille ja nivelten jäykistymille. Rajoitteiden käytön hyödyistä ei ole juurikaan tutkimusnäyttöä. Hoitajien haastatteluiden perusteella rajoittamisen hyödyiksi luetaan onnistuneet hoitotoimenpiteet. Lisäksi virikkeellinen toiminta voi onnistua paremmin kun lehti tai

kirja asetetaan rajoittimenä olevan pöytälevyn päälle. Hoitajien kokemus on myös se, että rajoitteiden käyttö lisää iäkkään turvallisuuden tunnetta. (13)

Useinkin fyysisten rajoitteiden käytön taustalla on ajatus iäkkään suojelemisesta ja turvallisuuden tunteen lisäämisestä. Kuitenkin iäkkäillä, myös muistisairailta henkilöillä on myös itsemääräämisoikeus, jota tulee kunnioittaa. Fyysisten rajoitteiden kohdalla on juuri tämä eettinen ongelma, jossa hoitohenkilökunta kokee toimivansa iäkkään edun mukaisesti, vaikka he samalla rikkovat iäkkään ja muistisairaana henkilön itsemääräämisoikeutta.

Kemiallisella rajoittamisella tarkoitetaan sellaista lääkkeiden käyttöä, jossa käytön tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumista tai muuta toimintaa ja hillitä hänen käytöstään. Yleisimpiä käytettyjä lääkkeitä ovat psykoosilääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet. Kemiallisen rajoittamisen ja asiallisen lääkehoidon erottamisessa on tärkeää se, kuinka tarkasti potilaan sairaudet on diagnosoitu ja noudatetaanko hoidossa niiden hoitosuosituksia. Kemiallisessa rajoittamisessa lääkkeen määrääminen ei perustu diagnosoidun sairauden hoito-ohjeisiin vaan tarkoituksena on hillitä häiritsevää käytöstä. (24) 90 %:lla muistisairaista esiintyy jossakin vaiheessa sairautta käytösoireita. Ne heikentävät merkittävästi elämänlaatua, lisäävät palvelujen tarvetta sekä ovat tärkein pitkäaikaishoidon alkamisen syy.

Käytösoireiden ilmaantuessa on tärkeää poissulkea somaattiset syyt. Käytösoireita tulee kotimaisen Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitaa, kun ne rasittavat potilasta, heikentävät tämän omatoimisuutta, vaikeuttavat sosiaalista vuorovaikutusta tai jos ne aiheuttavat vaaratilanteita. Käytösoireiden ensisijaisena hoitona ovat lääkkeettömät hoitokeinot kuten riittävä ravitsemus ja nesteytys sekä erilaiset virkistystoiminnot. Lääkehoidossa ensisijaisena on riittävä muistisairauden lääkehoito. Psykelaattilaisia voidaan joutua käyttämään tilapäisesti masennusoireiden tai vaikeimpien psykoosi- ja levottomuusoireiden hoidossa. Osa dementiaan liittyvistä käytösoireista voi hävitä itsellään, jonka vuoksi lääkityksen tarvetta tulisi arvioida säännöllisesti ja tarvittaessa purkaa hyödyttömäksi havaittu

lääkitys. Psykoosilääkkeistä ainoastaan risperidonilla on käyttöindikaatio vaikeiden käytösoireiden tilapäisessä hoidossa. Vaikeiksi käytösoireiksi luetaan vaikeat psykoottiset oireet ja levottomuutena tai aggressiivisuutena ilmenevät käytösoireet. (25) Näin ollen psykoosilääkkeiden määräämistä muilla kuin edellä olevin perustein voidaan pitää kemiallisena rajoittamisena.

Kansainvälisesti katsottuna Suomen antipsykoottien käyttöluvut ovat korkeita. Kun tutkimuksessa verrattiin Tsekin, Saksan, Englannin, Ranskan, Israelin, Italian, Alankomaiden ja Suomen antipsykoottien käytön yleisyyttä vanhusten pitkäaikaishoitolaitoksissa, olivat Suomen luvut korkeimmat 39 %:lla. (26) Eräässä kotimaisessa tutkimuksessa, jossa oli mukana 721 kotihoidon asukasta ja 1188 pitkäaikaishoidon asukasta selvisi, että 16 %:lla kotihoidon asiakkaista ja 38%:lla pitkäaikaishoidettavista oli käytössä antipsykoottinen lääke. (27) Lisäksi havaittiin, että lääkkeiden käyttöindikaatiot eivät ole aina asianmukaisia tai asianmukaisesti sairauskertomukseen kirjattuna (27).

Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseksi on tehty interventioita. Henkilökunnan koulutuksella ja asiantuntijahoitajan konsultaation avulla saatiin vähennettyä ylös nostettujen sängynlaitojen käyttöä. Interventio ei lisännyt pelättyjä vuoteesta putoamisia. (28) Toisessa tutkimuksessa pystyttiin osoittamaan, että kun fyysisiä rajoitteita käytettiin sairaalan vuodeosastolla vähemmän iäkkäiden ja erityisesti muistisairaiden henkilöiden hoitoajat lyhenivät (29).

Tampereella on tehty vuosia systemaattista kehitystyötä tehostetun palveluasumisen hoidon laadun kehittämiseksi (30). Fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käytöstä Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköissä tiedetään kuitenkin hyvin vähän. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käytön yleisyyttä sekä hoitajien mielipiteitä ja asenteita niiden käyttöä kohtaan. Saatua tietoa on tarkoitus käyttää toiminnan kehittämiseen.

2 TUTKIMUSMETODI JA AINEISTO

Aineiston keruu tehtiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköiden vastaaville hoitajille. Lomake pohjautuu Reetta Saarnion kyselylomakkeeseen, jota on käytetty hänen väitöskirjatyössään ja jota kuitenkin ei ole julkaistu. Fyysisten rajoitteiden käyttöä tutkittiin seuraavilla osa-alueilla: käytetyt fyysiset rajoitteet, fyysisten rajoitteiden hyödyt, rajoitteiden käytön syyt, vaihtoehtoiset toimintatavat, rajoitteiden käytön arviointi, rajoitteiden käytön päätöksen teko, rajoitteiden käytön kirjaus sairauskertomukseen, keskustelu rajoitteiden käytöstä omaisten ja asukkaan kanssa. Lisäksi avoimina kysymyksinä tilanteet, joissa fyysisten rajoitteiden käyttö on hyödyllistä ja haitallista. Vastausvaihtoehdot noudattivat viisi portaista vastausvaihtoehtoa: erittäin usein, usein, joskus, harvoin, ei koskaan ja erittäin usein, usein, joskus, harvoin, en koskaan. Antipsykoottisten lääkkeiden käytöstä selvitettiin kuinka monella lääkitys oli käytössä. Lisäksi kysyttiin käyttöindikaatiota ja neljällä eri vastausvaihtoehdolla kuinka usein lääkityksen tarpeellisuutta arvioidaan.

Täytettyjä lomakkeita palautui 43. Tiedot tallennettiin excell-taulukkoon. Kaikki vastaukset olivat mukana tulosten analysoinnissa, joka tehtiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla. Muuttujia tarkasteltiin käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Muuttujien välisiä yhteyksiä analysoitiin ristiintaulukoinnilla. Analysointi vaiheessa viisiportaiset vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen kolmiportaisiksi: erittäin usein ja usein, joskus ja harvoin, ei koskaan.

3 TULOKSET

Kyselylomakkeita palautui 43 kappaletta. Asukasmäärä, jota tutkimus edustaa on 743, joka on 66 % kaikista Tampereella olevista tehostetun palveluasumisen asukaspaikoista. Kaikki kyselyyn vastaajat olivat naisia ja heidän keski-ikänsä oli 44 vuotta. Vastaajista 41:llä oli sairaanhoitajan koulutus (sairaanhoitaja amk, erikoissairaanhoitaja tai sairaanhoitaja) ja yhdellä lähihoitajan koulutus. Työkokemus vanhusten hoitotyössä oli keskimäärin 15 vuotta ja työkokemus muistisairaiden vanhusten hoitotyössä oli keskimäärin 10 vuotta.

Asumisyksiköiden koko vaihteli 10 asukkaasta 59 asukkaaseen. Asukkaista 70 %:lla oli diagnosoituna jokin muistisairaus. Hoitajamitoitus koko vuorokauden aikana oli minimissään 0,16 ja maksimissaan 0,69.

Taulukossa 1 on listattuna käytetyt fyysiset rajoitteet. Koko aineiston asukkaista 43 %:lla oli jokin rajoite käytössään viimeisen seitsemän vuorokauden aikana. Käytetyin rajoittamisen muoto oli ylösnostetut sängynlaidat, jotka olivat käytössä 95 %:ssa yksiköistä. Toiseksi yleisin rajoittamisen muoto oli pyörätuoli vyökiinnityksellä, joka oli 74 %:ssa yksiköistä käytössä. Hygienihaalari oli käytössä 65 %:ssa yksiköistä. Yksiköt jaettiin pieniin alle 15 asukkaan ja isoihin yli 16 asukkaan yksiköihin. Raja pienen ja ison yksikön välille määriteltiin siten, että molempiin ryhmiin tuli lähes yhtä monta yksikköä. Pienten ja isojen yksiköiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa rajoitteiden käytössä. Vastaajan koulutuksella tai työkokemuksella iäkkäiden tai muistisairaiden hoidossa ei ollut yhteyttä käytettyihin rajoitteisiin.

Taulukossa 2 on rajoittamisesta koettuja hyötyjä. 84 % vastaajista koki rajoittamisen lisäävän asukkaan turvallisuuden tunnetta. Lisäksi 84 % vastaajista kokee rajoittamisen paremmaksi keinoksi kuin rauhoittavan lääkityksen antamisen.

Vastaajan koulutuksella ja työkokemuksella iäkkäiden sekä muistisairaiden iäkkäiden hoidossa ei ollut yhteyttä koettuun hyötyyn.

Taulukossa 3 on koottuna fyysisten rajoittamisen syitä. Yleisin rajoittamisen syy oli kokemus siitä, että asukas on vaaraksi itselleen. Myös pelko siitä, että asukas loukkaa itseänsä sillä välin kun hoitaja työskentelee muissa huoneissa, johtaa herkästi rajoittamiseen. Vastaajan työkokemuksella iäkkäiden tai muistisairaiden hoidossa, koulutuksella tai asemalla ei ollut tilastollista merkitystä rajoittamisen syihin.

Taulukossa 4 on vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kaikkien vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttö oli yleistä vastanneissa yksiköissä. Yksikön koolla, vastaajan koulutuksella ja työkokemuksella iäkkäiden tai muistisairaiden hoidossa ei ollut yhteyttä vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöön.

63 % yksiköistä rajoitteiden käyttöä arvioitiin päivittäin tai viikoittain. Tätä harvemmin arvioitiin 35 % paikoista. Yksikön koolla ei ollut tilastollista yhteyttä arvioinnin määrään. Rajoitteiden käytöstä päätti 79 % yksiköistä lääkäri, omahoitaja ja omainen yhdessä. Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, milloin fyysisten rajoitteiden käyttö on hyödyllistä. Kaikissa vastauksissa kävi ilmi, että rajoitteiden käyttö nähdään hyödylliseksi silloin, kun asukas on vaaraksi itselleen ja tarkoituksena on asukkaan suojeleminen. Haitalliseksi fyysisten rajoitteiden käyttö koettiin silloin kun asukas tulee niiden käytöstä aggressiivisemmaksi.

Antipsykoottinen lääkitys oli käytössä 32 %:lla kaikista asukkaista. Vähimmillään kenelläkään asukkaista ei ollut antipsykoottista lääkitystä ja enimmillään kaikilla asukkailla oli antipsykoottinen lääkitys käytössä. Mukana oli myös iäkkäiden vaikeista mielenterveydenhäiriöistä, lähinnä skitsofreniasta, kärsivien yksiköitä. 70 %:lla antipsykootin käyttöindikaationa olivat muistisairauden käytösoireet. Muita syitä olivat harhat, skitsofrenia, psykoottinen depressio sekä kaksisuuntainen

mielialahäiriö. Antipsykoottien käyttöä arvioitiin kuukausittain tai harvemmin 74 %:ssa yksiköistä. Antipsykoottien käytön ja fyysisten rajoitteiden käytön välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Isojen ja pienien yksiköiden välillä ei ollut eroja antipsykoottien käytön yleisyydessä. Myöskään vastaajien koulutuksella ei ollut yhteyttä antipsykoottien käytön yleisyyteen.

4 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käytöstä Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Kyselyitä palautui 43 kappaletta ja ne vastasivat 66 % kaikista Tampereen tehostetun palveluasumisen asukkaista. Tässä tutkimuksessa koko aineiston ikäihmisistä 43 %:lla oli jokin rajoite käytössään viimeisen seitsemän vuorokauden aikana. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin rajoitteiden käytön yleisyyttä terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä kunnallisilla että yksityisillä vanhainkodeilla, ei huomioitu kuinka monella iäkkäällä henkilöllä rajoite oli käytössään. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka monessa hoitopaikassa rajoite oli edeltävän seitsemän vuorokauden aikana käytössä. Tutkimuksessa 88 % hoitopaikoista oli jokin rajoite käytössä, mutta tätä lukua ei voi suoraan verrata tämän tutkimuksen tulokseen. (5) Etelä-Savon sairaanhoitopiirin laitoshoidossa olevista iäkkäistä 52 %:lla oli jokin rajoite edeltävän vuorokauden aikana käytössä. Tässä tutkimuksessa rajoitteiden käyttö oli vähäisempää mutta siihen on voinut vaikuttaa eri seuranta-ajat. (14) Vaikuttaisi kuitenkin siltä, että Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköissä fyysisten rajoitteiden käyttö on vähäisempää kuin Suomessa yleensä. Huolimatta tästä rajoitteiden käyttöä on syytä pyrkiä vähentämään niiden aiheuttamien haittojen sekä vähäisten hyötyjen vuoksi. Lisäksi rajoitteiden käyttö loukkaa itsemääräämisoikeutta.

Tässä tutkimuksessa yleisin rajoittamisen muoto oli ylösnostetut sängynlaidat, joka on myös kirjallisuuden mukaan yleisin rajoittamisen muoto (4, 5). Sängynlaitoja pidettiin ylhäällä keskimäärin 14 tuntia päivässä, mikä osoittaa, että niiden käyttö on hyvin säännöllistä eikä rajoitu pelkästään yöaikaan. Tämän tutkimuksen mukaan palveluasumisen yksikön koolla ei ole merkitystä fyysisten rajoitteiden käytön yleisyyteen. Aikaisemmat tutkimukset ovat olleet tässä suhteessa ristiriidassa keskenään.

Suurin osa vastaajista koki rajoittamisen lisäävän asukaan turvallisuuden tunnetta. Samanlaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (4, 8, 13) Lisäksi kaikkien vastaajien mielestä fyysinen rajoittaminen on hyödyllistä, jos iäkäs on jollakin tavalla vaaraksi itselleen tai jos näin saadaan taattua iäkkään turvallisuus. Tämä on tärkeää ymmärtää, kun rajoitteiden käyttöä pyritään vähentämään. Usein rajoitteiden käytön taustalla on iäkkään turvallisuuden turvaaminen ja tapaturmien estäminen. Jos rajoitteiden käyttöä halutaan vähentää, näihin hoitajien uskomuksiin rajoitteiden käytön hyödyistä tulee yrittää vaikuttaa. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää informoida ja kouluttaa hoitajia rajoitteiden käytön haitoista sekä siitä, että fyysinen rajoittaminen ei vähennä kaatumisia. Myös vaihtoehtoisten hoitotapojen kehittäminen ja niiden tutkiminen olisi hyödyllistä.

Suurin osa vastaajista kokee fyysisen rajoittamisen paremmaksi keinoksi kuin rauhoittavan lääkityksen antamisen. Muiksi fyysisen rajoittamisen hyödyiksi koettiin onnistuneet hoitotoimenpiteet sekä virikkeellisen toiminnan onnistuminen. Tulevaisuudessa olisi tärkeää pohtia kuinka hoitotoimenpiteitä tulisi suorittaa, jotta niiden onnistumisen edellytys ei olisi asukkaan rajoittaminen. Tutkimuksessa ei havaittu tilastollisesti merkittävää yhteyttä koetun hyödyn ja vastaajan työkokemuksella vuosina, joten tämän tutkimuksen perusteella ei voi sanoa, että kokeneemmat hoitajat suhtautuisivat kriittisemmin rajoitteiden käyttöön.

Antipsykoottinen lääkitys oli käytössä 32 % asukkaista. Tulos on linjassa aikaisemman Suomessa tehdyn tutkimuksen kanssa. (31) 71% antipsykoottisen lääkityksen käyttöindikaationa oli muistisairauden käytösoireet ja tulos viittaakin siihen, että muistisairauksien käytösoireiden hoitoon käytetään yleisesti antipsykoottista lääkitystä. Muut käyttöindikaatiot olivat tässä tutkimuksessa harhat, skitsofrenia, psykoottinen depressio sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Tutkimuksen vahvuuksia on kyselylomake, jota on käytetty aikaisemmassa tutkimuksessa, joten lomaketta voidaan pitää riittävän hyvänä mittaamaan fyysisten rajoitteiden käyttöä. Kysely toteutettiin lisäksi helmikuussa, jolloin työntekijöissä on luultavasti vähiten vaihtuvuutta. Tutkimuksen heikkouksia on pieni vastausprosentti. Tähän on voinut vaikuttaa osaltaan se, että tutkimusaihe on eettisesti arkaluonteinen. Lisäksi osa lomakkeista oli puutteellisesti täytetty mikä heikentää tulosten arvoa.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää kehittää fyysiselle ja kemialliselle rajoittamiselle vaihtoehtoisia toimintatapoja ja käyttää enemmän jo olemassa olevia tietoja ja taitoja. Vaihtoehtoisista toimintamalleista ei ole vielä paljon tutkittua tietoa, joten niiden vaikutuksista fyysisten rajoitteiden käyttöön olisi hyvä tutkia lisää. Sekä tässä että aikaisemmissa tutkimuksissa on korostunut hoitajien näkemys iäkkään henkilön suojelemisesta. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää pyrkiä vaikuttamaan hoitajien ajatusmalliin rajoittamisen taustalla. Lisäksi hoitajien kouluttamisessa pitäisi ottaa huomioon lisääntynyt tieto fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden haitoista. Olisi myös oleellista, että fyysisten rajoitteiden käyttöä olisi säädelty lailla. Näin välttyttäisiin varmuuden vuoksi rajoittamiselta, joka usein voi johtua siitä, että pelätään oikeudellisia seuraamuksia, joita voi syntyä, jos iäkäs esimerkiksi tippuu sängystä kun sängynlaidat eivät ole olleet ylhäällä.

Fyysisten rajoitteiden käyttö Tampereen tehostetun palveluasumisen yksiköissä on vähäisempää kuin muualla Suomessa. Rajoitteiden käytön taustalla on hoitajien tarkoitus suojella ja luoda iäkkäälle ihmiselle turvallisuuden tunnetta. Aikaisemmat tutkimukset eivät kuitenkaan tue tätä ajatusmallia. Tulevaisuudessa olisikin oleellista kouluttaa hoitotyössä olevia tutkituista rajoitteiden käytön haitoista ja kannustaa käyttämään jo olemassa olevia vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Taulukko 1

TAMPEREEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA KÄYTÖSSÄ OLLEET FYYSISET RAJOITTEET						
Rajoite	Ei	Kyllä	Keskiarvo (min)	Min (h)	Max (h)	
Geriatrinen tuoli & pöytälevy	36	7	26	1	6	
Tuoli & vyö	34	9	43	1	6	
Pyörätuoli & vyö	11	32	205	1	10	
Tavallinen tuoli & pöytä	39	4	17	2	6	
Ovi suljettiin/lukittiin	39	4	76	4	24	
Sängyn kokolaidat yhdeltä puolin ylös	20	22	553	2	24	
Sängyn kokolaidat molemmin puolin ylös	2	41	858	7	24	
Magneettivyö	40	3	57	8	17	
Turvaliivi	41	2	28	10	10	
Haaravyö	17	26	199	2	8	
Vuodevaatteilla sitominen	43					
Fyysinen voima	35	8	5	10 min	1	
Ei annettu päivävaatteita	43					
Ei vastattu kellon soittoon	43					
Otetaan pois liikkumisen apuväline	41	2	36	12	14	
Soittokellon pois ottaminen	41	2	35	1	24	
Tuolin selkänoja takakenoon	41	2	18	6	7	
Hygieniahaalari	14	28	564	6	24	

Taulukko 2

Kuinka usein rajoitteiden käytöstä on seuraavanlaista hyötyä?			
<i>Koettu hyöty</i>	<i>Erittäin usein/usein</i>	<i>Joskus/harvoin</i>	<i>Ei koskaan</i>
Asukkaalla turvallisempi olo	36	7	0
Hoitotoimenpiteet onnistuvat	19	8	8
Virikkeellinen toiminta onnistuu	19	15	6
Parempi keino kuin rauhoittavat	36	3	0

Taulukko 3

Kuinka usein seuraavat tilanteet johtavat fyysiseen rajoittamiseen?			
<i>Rajoittamisen syy</i>	<i>Erittäin usein/Usein</i>	<i>Joskus/Harvoin</i>	<i>Ei koskaan</i>
Asukas häiritsee muita	4	21	7
Levottomuus	9	23	9
Asukas on vaaraksi itselleen	29	12	0
Sekavuus	5	26	10
Aggressiivisuus	3	23	14
Pelko, että asukas loukkaantuu sillä välin kun hoitaja työskentelee muissa huoneissa	23	13	5
Hoitotoimenpiteiden vastustaminen	4	18	18
Asukas ei muista jalkojen kantamattomuutta	29	10	1
Asukas ei pysty itse peseytymään	8	12	21
Asukas menee muiden huoneisiin	4	14	23

Taulukko 4

Kuinka usein vaihtoehtoisia toimintatapoja käytetään?			
<i>Vaihtoehtoinen toimintatapa</i>	<i>Erittäin usein/Usein</i>	<i>Joskus/Harvoin</i>	<i>En koskaan</i>
Yritän selvittää miksi asukas on aggressiivinen ja levoton	41	2	0
Fyysinen hoitoympäristö turvallisemmaksi	39	3	0
Olen lähellä asukasta	42	1	0
Kestän haasteellisen käyttäytymisen	41	1	0
Neuvottelen työkavereiden kanssa toimintatavoista	42	1	0
Neuvottelen omaisten kanssa toimintatavoista	33	9	0
Toimin asukkaan tahdon mukaan	40	3	0
Annan rauhoittavaa lääkettä	1	39	3

LÄHTEET

1. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care*. 2009 Nov;47(11):1164-73.
2. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. *Adm Policy Ment Health*. 2006 Nov;33(6):696-704.
3. Saarnio R. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto; 2009.
4. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*. 2004 Feb;45(3):246-51.
5. Saarnio R, Isola A, Backman K. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2007(44):109-19.
6. Kirkevoid O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2004 Sep;18(3):281-6.
7. Kirkevoid O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Oct;19(10):980-8.
8. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Dec;49(12):1722-8.
9. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110-8.
10. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lovheim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr*. 2012 Jul;24(7):1144-52.
11. Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(2):248-55.
12. Zwijsen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2011 Jun;23(5):826-34.

13. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs*. 2010 Nov;19(21-22):3197-207.
14. Kuronen M, Kautianen H, Hartikainen S, Karppi P and Koponen H. Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and use of psychotropics in long-term care: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016.
15. Koch S, Nay R, Wilson J. Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *Int J Older People Nurs*. 2006 Sep;1(3):151-8.
16. Dunn K. The Effect of Physical Restraints on Fall Rates in Older Adults Who Are Institutionalized. ; 2001.
17. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jan;50(1):90-6.
18. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Jul;45(7):797-802.
19. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. 2008 Aug;48(4):442-52.
20. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2014 Nov;23(21-22):3012-24.
21. Heeren P, Van de Water G, De Paepe L, Boonen S, Vleugels A, Milisen K. Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *J Gerontol Nurs*. 2014 Dec;40(12):48-54.
22. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care*. 2006 Dec;44(12):1114-20.
23. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(4):448-56.
24. Kivelä SL KL. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Suomen lääkirilehti*. 2010;65(7):593-8.
25. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. . Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2017.
26. Foebel AD, Lipero R, Onder G, Finne-Soveri H, Henrard JC, Lukas A, et al. Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care

facilities: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Dec;15(12):911-7.

27. Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006 Mar;21(3):288-95.

28. Capezuti E, Wagner L, Brush B, Boltz M, Renz S, Talerico K,A. Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes. ; 2007.

29. Kwok T, Bai X, Chui M, K.Y. Lai C, Ho D, Ho F, et al. Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. ; 2012.

30. Lehmus Aino, Lehto Vilhelmiina, Seinelä Lauri, Valvanne Jaakko, Vanttaja Karri. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. 2015.

31. Kuronen M, Kautiainen H, Karppi P, Hartikainen S, Koponen H. Antipsychotic drug use and associations with neuropsychiatric symptoms in persons with impaired cognition: a cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2016;70(8):621-5.